

Vergaderjaar 2014–2015

**28 828**

**Fraudebestrijding in de zorg**

**Nr. 75**

**BRIEF VAN DE MINISTER EN STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 12 december 2014

**Inleiding**

Samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en handhavingspartners hebben we de afgelopen jaren flink geïnvesteerd in de rechtmatigheid van de zorg. Met diverse initiatieven werken we gezamenlijk aan onder andere de kwaliteit van declaraties, om fouten door onduidelijkheden of vergissingen zoveel mogelijk te voorkomen. Het veld neemt daarbij zelf vaak het voortouw. Waar er sprake is opzettelijke overtreding van regels, met het oog op eigen of andermans gewin, treden we hard op. Fraude is niet alleen strafbaar, het ondermijnt ook het vertrouwen in de integriteit van zorgaanbieders en tast daarmee het draagvlak in de samenleving aan om bij te dragen aan de zorgkosten. Dat vinden wij, maar ook veldpartijen onacceptabel.

Op 16 september 2013 heeft u een eerste rapportage ontvangen over onze inzet.<sup>1</sup> Daarin hebben we de contouren van onze aanpak geschetst en diverse activiteiten aangekondigd om risico's op fouten en fraude inzichtelijk te maken en te bestrijden. Met een tweede voortgangsrapportage op 19 december 2013 hebben we u geïnformeerd over de eerste resultaten van deze activiteiten.<sup>2</sup>

Inmiddels is er een aantal belangrijke nieuwe stappen gezet, waaronder de afronding van het onderzoek door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) naar de omvang van kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg, en het advies van onderzoeksbureau Andersson Elffers Felix (AEF) over de inrichting van een opsporingsfunctie in de zorg. Zoals toegezegd, informeren wij u in deze rapportage over de uitkomsten van

<sup>1</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 50.

<sup>2</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 54.

de onderzoeken.<sup>3</sup> Daarnaast brengen we u op de hoogte van de belangrijkste overige resultaten van onze aanpak.

In het eerste hoofdstuk van deze rapportage vindt u de uitkomsten van het onderzoek van de NZa. Hoofdstuk 2 en 3 beschrijven de maatregelen die wij en andere partijen, vaak gezamenlijk, ondernemen op het vlak van respectievelijk preventie en controle. Tot slot geeft hoofdstuk 4 een overzicht van de belangrijkste resultaten op het gebied van handhaving, waaronder het advies van AEF over de opsporingsfunctie.

Met de maatregelen waarover in deze brief wordt gerapporteerd, zijn opnieuw een aantal belangrijke slagen gemaakt in het gezamenlijk terugdringen van onrechtmatigheden in de zorg. We zijn er echter nog niet. Dankzij onderzoek en ervaringen van betrokkenen krijgen we steeds meer zicht op de aard en oorzaken van onrechtmatigheden en de kansen en knelpunten in de aanpak ervan. Op basis hiervan werken we onze gezamenlijke aanpak verder uit tot een samenhangend en integraal programmaplan voor de komende jaren. Wij vinden het van belang om daarbij voldoende tijd te nemen voor nauw overleg met betrokken partners en veldpartijen. U ontvangt het plan daarom in het voorjaar van 2015.

## **1. Kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg**

Een belangrijke stap in het werken aan rechtmatigheid in de zorg is het verkrijgen van meer zicht op de aard en omvang van risico's. Zoals eerder aangekondigd hebben we de NZa daarom in juli 2013 opdracht gegeven een duiding te geven van de kwetsbaarheden in de AWBZ- en Zvw-zorg en een raming van de omvang van fraude.<sup>4</sup> In onze tweede voortgangsrapportage hebben we u geïnformeerd over de tussentijdse resultaten, bestaande uit een beschrijving van de geconstateerde kwetsbaarheden en voorlopige bevindingen ten aanzien van de kwantitatieve analyses. In maart 2014 hebben we u een nieuwe versie van de tussenresultaten gestuurd, met geactualiseerde cijfers. In deze derde voortgangsrapportage informeren we u over de definitieve uitkomsten van het onderzoek van de NZa en geven we aan hoe we deze uitkomsten benutten voor onze aanpak van onrechtmatigheden. Bijgevoegd vindt u het samenvattend rapport van de NZa en de bijbehorende bijlagen, inclusief de ambtelijke VWS-reactie op het onderzoek en het antwoord van de NZa hierop<sup>5</sup>.

### *Analyse: omvang van onregelmatigheden*

In het onderzoek van de NZa zijn acht deelsectoren kwantitatief onderzocht: de geneeskundige GGZ, de farmaceutische zorg, de huisartsenzorg, de mondzorg, de medisch specialistische zorg, de fysiotherapie, en de AWBZ-zorg (zowel zorg in natura als het persoonsgebonden budget). De NZa geeft aan dat er hierbij een aantal beperkingen was in haar onderzoeksmogelijkheden. Het inzetten van de meest gewenste onderzoeksmethode, namelijk het steekproefsgewijs inzien van medische dossiers was niet mogelijk. De NZa is hier niet toe bevoegd. Zij heeft daarom voor een alternatieve onderzoeksmethode gekozen. De NZa heeft het Fraude Detectie Expertise Centrum (FDEC) gevraagd onderzoek uit te voeren naar onregelmatigheden in declaratiedata binnen deze sectoren. FDEC heeft dat op twee manieren gedaan. In de eerste plaats door te kijken naar geconstateerde overtredingen van declaratieregels. Het gaat daarbij om declaraties die niet in overeenstemming zijn met de regels van de NZa.

<sup>3</sup> Kamerstuk 33 750 XVI, nr. 111.

<sup>4</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 30.

<sup>5</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl).

Daarnaast heeft FDEC gekeken naar opvallende afwijkingen in declaraties ten opzichte van het gemiddelde declaratiegedrag. Het gaat daarbij om uitschieters ten opzichte van wat verwacht mag worden, op basis van declaraties van vergelijkbare aanbieders. FDEC gebruikt hiervoor de term «anomalieën.» FDEC telt de geconstateerde overtredingen en anomalieën op naar een totaal bedrag per sector per jaar.

De NZa benadrukt dat de onregelmatigheden in beide situaties niet op voorhand zijn aan te merken als foutief en ook zeker niet als fraude. Voor het bepalen van onregelmatigheden baseert FDEC zich op databestanden van zorgverzekeraars, zorgkantoren, CAK en CIZ (verzameld en aangeleverd door Vektis). Deze bestanden zijn niet voor het opsporen van fraude bedoeld. De gegevens zijn niet altijd volledig en deels nog niet gecontroleerd door zorgverzekeraars. Wanneer ze wel zijn gecontroleerd en er correctie door de verzekeraar heeft plaatsgevonden, dan is de correctie niet altijd vastgelegd in de bestanden van Vektis. Ook voor de anomalieën geldt dat ze niet met zekerheid aan te merken zijn als een fout of fraude. Ze wijken weliswaar opvallend veel af van gemiddelden, maar daar kan in nader onderzoek een verklaring voor blijken te zijn. Andersom zijn overtredingen die niet afwijken, niet zichtbaar via deze methode. De NZa geeft aan dat zij, de beperkingen van het onderzoek wegende, niet op een verantwoorde en betrouwbare wijze een totaalcijfer voor zorgfraude kan bepalen. De analyse van de NZa biedt naar het oordeel van de NZa wel inzicht in gevallen waar het mis kan zijn en geeft daarmee belangrijke input voor toezicht, nader onderzoek en mogelijkheden voor zorgverzekeraars om hun controleprocessen te verbeteren.

Met bovenstaande kanttekeningen geeft de NZa in het samenvattend rapport een overzicht van de bevindingen. De onderstaande tabel (komt overeen met tabel 4.1 uit het samenvattend rapport) geeft per deelsector weer welk bedrag aan onregelmatigheden de NZa per jaar heeft opgespoord. In de deelrapportages die FDEC per sector heeft opgesteld, zijn de in deze tabel gepresenteerde onregelmatigheden nader gespecificeerd naar de bovengenoemde tweedeling: overtredingen van declaratieregels en afwijkingen van het gemiddelde.

**Tabel 1 Opgespoorde onregelmatigheden<sup>1</sup>**

Zorgmarkt	Opgespoorde onregelmatigheden (in miljoenen €)				
	2009	2010	2011	2012	2013
Huisartsenzorg		17,0	21,6	17,0	
Mondzorg		1,7	1,7	3,7	
Farmacie		12,7	11,4	13,1	
GGZ	4,2	3,6	58,8	205,8	
Fysio- en oefentherapie		13,1	11,7	13,0	
Medisch specialistische zorg		64,9	66,6	208,4	
AWBZ – zorg in natura				301,6	90,0
AWBZ – pgb				42,3	

<sup>1</sup> De oorspronkelijke bronnen van de cijfers zijn te vinden in tabel 4.1 van het samenvattend rapport: Onderzoek naar kwetsbaarheden en financiële onregelmatigheden in de zorg.

De opgespoorde onregelmatigheden wijken in de opvolgende jaren voor de AWBZ, de medisch specialistische zorg en de GGZ sterk af. De omvang van de onregelmatigheden in de AWBZ liggen in 2013 substantieel lager dan de omvang in 2012. Dit lagere bedrag in 2013 wordt volgens de NZa grotendeels verklaard door het ontbreken van het bestand met pgb-gegevens voor 2013 en de verbeterlagen in de zorg in natura ten aanzien van het registreren en controleren. De opgespoorde onregelmatigheden zijn voor de medisch specialistische zorg aanzienlijk hoger in 2012 dan in 2011. De verwachting is dat de uitkomsten van het traject

controle jaarrekeningen medisch specialistische zorg meer inzicht gaan geven in de wijze waarop er in 2012 en 2013 is gedeclareerd. De ziekenhuizenbranche is in dit traject voortvarend aan de slag gegaan met aanvullend onderzoek naar de jaarrekeningen en correctheid van declaraties.

De uitkomsten van het traject worden door zorgverzekeraars en instellingen op totaalniveau verrekend. De NZa kondigt aan de uitkomsten van het onderzoek te zullen vergelijken met de verklaringen over de jaaromzet in de medisch specialistische zorg. Wij hebben u onlangs nader geïnformeerd over de uitkomsten van het jaarrekeningentraject. Ook voor de GGZ zijn de opgespoorde onregelmatigheden aanzienlijk hoger in 2012 dan in 2011. De NZa heeft voor 2012 een aanvullende toets uitgevoerd op verblijf in de GGZ. Door een verandering in de bekostigingswijze kon deze toets niet voor 2011 worden uitgevoerd. Het verschil in onregelmatigheden wordt beïnvloed door deze toets.

#### *Analyse: Controles en fraudeonderzoek door zorgverzekeraars*

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) onderzoekt jaarlijks de omvang van besparingen bij zorgverzekeraars als gevolg van controle-inspanning en fraudebestrijding.<sup>6</sup> Om een zo compleet mogelijk beeld te geven van de beschikbare cijfers heeft de NZa de resultaten van dit onderzoek ook opgenomen in haar rapportage. Niet alle zorgverzekeraars leveren data aan bij ZN en niet bij alle zorgsoorten is door alle zorgverzekeraars resultaat geboekt. De NZa heeft de beschikbare cijfers van ZN daarom geëxtrapoléerd. Dat wil zeggen dat zij een berekening heeft gemaakt van de verwachte resultaten als alle zorgverzekeraars gegevens zouden hebben aangeleverd en als voor alle zorgsoorten resultaten zouden zijn geboekt.

De NZa presenteert in haar rapportage zowel de onderzoeksresultaten van ZN over de controles door zorgverzekeraars als de resultaten over het fraudeonderzoek dat zij uitvoeren. Voorafgaand aan een betaling controleren zorgverzekeraars of een declaratie terecht is, door bijvoorbeeld te kijken naar de correctheid van tarieven. In 2013 hebben de zorgverzekeraars door deze controles € 2,3 miljard afgewezen. Daarnaast controleren zij na de betaling of de zorg ook daadwerkelijk geleverd is en of deze passend was bij de zorgvraag. In 2013 hebben zorgverzekeraars na deze controle achteraf voor € 329 miljoen teruggevorderd. Op basis van beide cijfers stelt de NZa na extrapolatie vast dat bij controles vooraf en achteraf door zorgverzekeraars in totaal € 2,6 miljard aan onjuistheden aan het licht zijn gekomen in 2013. In 2012 bedroeg dit bedrag € 2,7 miljard. Wanneer zorgverzekeraars vermoeden dat er bij onjuistheden sprake is van opzettelijke overtreding van regels, dan voeren zij aanvullend fraudeonderzoek uit. De NZa stelt na extrapolatie vast dat in 2013 door fraudeonderzoek nog eens € 28,9 miljoen aan onjuistheden aan het licht zijn gekomen, waarvan 9,9 miljoen aan bewezen fraude. In 2012 was dat respectievelijk € 34,9 miljoen en € 12,6 miljoen. Tabel 1.2 geeft alle resultaten weer van de door NZa geëxtrapoléerde cijfers over controles en fraudeonderzoek. Daarbij zijn de resultaten ook afgezet tegen de totale schadelast, te weten het totaal aan betaalde declaraties.

<sup>6</sup> Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2013, ZN 2014

**Tabel 2 Omvang bewezen fraude, fraudeonderzoek, controles en totaal in relatie tot de totale schadelast (geëxtrapoleerd)**

	2012 (in € mln.)	2013 (in € mln.)	2012 (% vd schadelast)	2013 (% vd schadelast)
Bewezen fraude	12,6	9,9	0,02%	0,02%
Fraudeonderzoek	34,9	28,9	0,06%	0,05%
Controles	2.764,1	2.661,1	8,71%	7,98%
Totaal	2.799,0	2.689,9		

De toezichthouder ziet zowel in haar eigen analyse als in de controles door verzekeraars nog ruimte voor verbetering. Met de beperkingen van het huidige onderzoek kan de NZa nog niet op een verantwoorde en betrouwbare wijze een totaalcijfer voor zorgfraude bepalen. Ook de cijfers van ZN geven geen beeld van het totaal aan zorgfraude. Het onderzoek van ZN is bedoeld om de door zorgverzekeraars aangetoonde fraude in kaart te brengen, niet het totaal aan mogelijke fraude. De NZa geeft aan dat onderlinge verschillen tussen zorgverzekeraars laten zien dat er mogelijk hogere resultaten kunnen worden behaald voor zowel de controles als het fraudeonderzoek. De NZa ziet de onderzoeken als een eerste stap en goede instrumenten om van elkaar te leren. De kwantitatieve analyse van de NZa en de daarin gehanteerde methodiek is een goed middel voor iedere verzekeraar om na te lopen of hij bestaande controles kan aanscherpen en nieuwe controles kan starten. Andersom krijgt de NZa op basis van de controles van de zorgverzekeraars meer zicht op mogelijke onjuistheden en de mate waarin deze bij verschillende verzekeraars aan het licht komen. De NZa kan deze inzichten benutten voor haar toezichtstaken.

*Advies NZa: aanpak kwetsbaarheden in het zorgstelsel*

Hoewel het onderzoek van de NZa geen totaalcijfer voor zorgfraude geeft, biedt het volgens de toezichthouder wel belangrijke inzichten in waar het mis gaat en welke kwetsbaarheden in het zorgstelsel hieraan ten grondslag liggen. Op basis van deze inzichten komt de NZa tot een aantal aanbevelingen gericht op het voorkomen van foute declaraties en het verbeteren van controles.

Om foute declaraties te voorkomen, is het volgens de NZa noodzakelijk dat:

1. de overheid daar waar mogelijk wet- en regelgeving verduidelijkt;
2. zorgaanbieders enkel dat wat ze kunnen uitleggen in rekening brengen. Hierbij zorgt een zorgaanbieder dat hij transparant en controleerbaar is, en hierover afspraken maakt met de verzekeraar;
3. verzekeraars de mogelijkheid krijgen om foute declaraties te beperken door enkel gecontracteerde zorg te vergoeden;
4. IGZ en Vektis de registers waarin aanbieders zich aan kunnen melden scherper gaan controleren.

Voor het verbeteren van de controle achteraf acht de NZa het nodig dat:

5. een aantal verzekeraars dat nu ondermaats presteert op het gebied van controles hun prestaties snel verbetert;
6. de wetgever beziet of zorgverzekeraars over voldoende controle-instrumenten beschikken, waarbij oog moet zijn voor de spanning tussen controle en privacy;
7. de overheid voor de effecten van de risicoverevening een aanpassing in wet- en regelgeving doet;
8. de patiënt een zorgverzekeraar helpt bij de controle van de rekening.

Het onderzoek van de NZa levert drie concrete zaken op. In de eerste plaats wordt op basis van dit onderzoek duidelijk waar onregelmatige declaraties zijn ingediend. De NZa gebruikt deze informatie als input voor haar toezicht. Ten tweede wordt de methodiek die de NZa heeft ingezet om te toetsen op onregelmatigheden overgedragen aan de zorgverzekeraars en zorgkantoren, zodat zij deze toetsen kunnen gebruiken in hun controles. Op die manier komen mogelijke overtredingen in een vroeg stadium aan het licht, zodat fouten snel kunnen worden hersteld en fraude direct kan worden opgespoord en aangepakt. Tot slot geeft het onderzoek een actueel overzicht van de belangrijkste kwetsbaarheden in ons zorgstelsel en hieruit volgend concrete aanbevelingen voor wat VWS, de NZa, aanbieders, zorgverzekeraars en cliënten en patiënten kunnen doen om onrechtmatigheden tot een minimum te beperken.

In hoofdstuk 2 leest u welke maatregelen wij en andere partijen nemen om foute declaraties te voorkomen. VWS en NZa nemen initiatieven om wet- en regelgeving te verhelderen en fraudebestendiger te maken (aanbeveling 1). Zorgaanbieders werken aan de verspreiding van kennis en kunde over correct declareren en verbetering van administratieve organisatie en interne controle om de correctheid en transparantie van declaraties te verbeteren (aanbeveling 2). Een voorstel tot wijziging van artikel 13 van de Zvw dat er onder meer in voorziet dat natuerverzekeraars de kosten voor geleverde zorg door niet-gecontracteerde aanbieders niet hoeven te vergoeden, is reeds door uw Kamer aangenomen en is in de fase van behandeling door de Eerste Kamer (aanbeveling 3). Het voorstel van de NZa om de registers waarin aanbieders zich aan kunnen melden scherper te controleren, nemen we mee in het programmaplan (aanbeveling 4).

Hoofdstuk 3 geeft een overzicht van de belangrijkste maatregelen op het gebied van controle achteraf. Voor ons staat voorop dat het bestaande controle-instrumentarium van verzekeraars voldoende benut moet worden. Wij stellen vast dat zorgverzekeraars hierin een inhaalslag maken. Zij kunnen hierbij de kwantitatieve resultaten uit dit onderzoek benutten. Waar verzekeraars ondermaats presteren zal de NZa haar toezicht aanscherpen (aanbeveling 5). Indien blijkt dat het bestaande instrumentarium daarna tekortschiet, dan zullen we verder bezien of aanvullend instrumentarium, bijvoorbeeld in de vorm van steekproefcontroles ingezet kan worden (aanbeveling 6). De mogelijkheden en wenselijkheid van een (financiële) prikkel voor verzekeraars in de vorm van de door de NZa voorgestelde risicoverevening, zullen we nader onderzoeken (aanbeveling 7). Over de uitkomsten daarvan informeren wij u in de volgende voortgangsrapportage. Samen met brancheorganisaties hebben we het afgelopen jaar, in kader van het project kostenbewustzijn, verschillende stappen gezet om de zorgnota inzichtelijker te maken. Door het inzicht in de kosten van zorg bij verzekerden en patiënten te vergroten, verwachten wij dat zij een steeds grotere rol zullen nemen in de controle van rekeningen (aanbeveling 8).

Onderzoek naar de aard en omvang van risico's blijft ook de komende jaren een belangrijk onderdeel van onze aanpak. In ons programmaplan informeren we u nader over de kennisagenda die wij hiervoor opstellen.

## **2. Preventie: correct declareren en fraudebestendige wet- en regelgeving**

Een goede aanpak van onrechtmatigheden begint met preventie, het zoveel mogelijk voorkomen van fouten in declaraties en het beperken van mogelijkheden om regels doelbewust te overtreden. Samen met veldpartijen en partners werken we hiervoor aan het verbeteren van het declaratieproces, het fraudebestendiger maken van wet- en regelgeving en het aanscherpen van indicatiestelling.

### *2.1 Verbeteren van het declaratieproces*

Ons zorgsysteem bevindt zich in een transitiefase. Dat geldt in het bijzonder voor de medisch specialistische zorg. Met de invoering van prestatiebekostiging en DOT en de daarmee samenhangende transitieafspraken is er veel veranderd de afgelopen jaren. Deze transitie zorgt voor een transparanter en uniformer systeem, maar brengt ook veel veranderingen met zich mee voor ziekenhuizen. Zij hebben hun registratie- en declaratieprocessen moeten wijzigen en verantwoording over de transitiejaren is voor deze sector relatief ingewikkeld. Soms leidt dit tot onduidelijkheid of onbedoelde fouten in declaraties. Sinds medio 2013 werken veldpartijen, NZa en het Ministerie van VWS daarom samen aan het project Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD).<sup>7</sup> We zijn verheugd over de inzet van veldpartijen en beroepsorganisaties in dit kader. Het IKCD richt zich samen met veldpartijen op de kwaliteit van declaraties, waarbij de hele keten wordt betrokken. In de tweede voortgangsrapportage heb ik u geïnformeerd over de verschillende lopende en nieuwe initiatieven van de deelnemende organisaties die, elk op hun eigen terrein, bijdragen aan de kwaliteit van registraties en declaraties. Het afgelopen jaar zijn daarin een aantal nieuwe resultaten bereikt, gericht op het vergroten van bewustwording bij betrokkenen, verbetering van administratieve organisatie en het verhelderen van regelgeving.

#### *Bewustwording bij betrokkenen*

De IKCD-partijen hebben het afgelopen jaar veel geïnvesteerd in kostenbewustzijn bij zorgaanbieders en het verspreiden van kennis en kunde ten aanzien van het declaratieproces. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZKN) en Universitair Medische centra (UMC's) hebben voorlichtingsmateriaal over correct declareren verspreid onder ziekenhuizen en bij zelfstandige particuliere klinieken. In het ZKN-keurmerk is een eis voor objectieve voorlichting van patiënten opgenomen, zodat voor patiënten geen onrealistische verwachtingen worden gecreëerd ten aanzien van de zorg die vergoed wordt uit het basispakket. De in 2013 door de Orde van Medisch Specialisten gestarte pilot registratiewijzer is in 2014 verder uitgebreid, met de verspreiding van informatie over correct registreren door medisch specialisten binnen de wetenschappelijke verenigingen.

#### *Verbetering administratieve organisatie en interne controle (AO/IC)*

Een goede administratieve organisatie en interne controle voorkomt fouten en brengt onrechtmatigheden snel aan het licht. Adviesbureaus kunnen ziekenhuizen hierbij ondersteunen door diensten en producten te

---

<sup>7</sup> Deelnemers Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces: de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), Zelfstandige Particuliere Klinieken Nederland (ZPK), de Orde van Medisch Specialisten (OMS), het College van Zorgverzekeraars (CvZ), DBC-Onderhoud (DBC-O), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de NZa en VWS.

bieden voor de inrichting van administratieve en controleprocessen. Zoals in de tweede voortgangsrapportage fraudebestrijding in de zorg gemeld hebben de IKCD-partijen hierover afspraken gemaakt. De afgelopen periode hebben UMC's in dit kader inkoopvoorwaarden ontwikkeld waarin is opgenomen dat adviesbureaus en ICT-leveranciers zich in de dienstverlening en producten aan wet- en regelgeving dienen te houden. Aan ziekenhuizen is daarnaast gevraagd hun contracten met externe partijen tegen het licht te houden, indien deze partijen zich niet hielden aan voorwaarden in de inkoopvoorwaarden. Om een goede administratieve organisatie en correctheid van declaraties te borgen zullen ziekenhuizen zich laten certificeren met betrekking tot het declaratieproces. NVZ, NFU en ZN ontwikkelen hiervoor momenteel een normenkader. Vanaf 2015 wordt gestart met een pilot bij vijf ziekenhuizen. Daarbij vindt een nulmeting en certificering plaats. Vanaf 2016 vindt een verdere uitbreiding plaats naar de andere ziekenhuizen.

#### *Verhelderen van regelgeving en beperken van «grijze gebieden»*

Heldere en duidelijke regels zijn van groot belang. Zoals gezegd is er de afgelopen jaren veel veranderd in wet- en regelgeving. Zo zijn bij de invoering van DOT de ruim 44.000 diagnosebehandelingcombinaties die voorheen gebruikt werden vervangen door 4.400 nieuwe DBC-zorgproducten. Daarnaast is de grouper geïntroduceerd ten behoeve van de afleiding van DBC-zorgproducten. We werken hiermee aan een (medisch) meer herkenbaar en dekkend systeem. In sommige gevallen leiden de wijzigingen of onduidelijkheid rond nieuwe registratieregels of declaratieregels echter (nog) tot onbedoelde fouten. De partijen binnen IKCD besteden daarom veel aandacht aan het verhelderen van regelgeving en het beperken van onduidelijkheden. Op basis van vragen over registratie en declaratie vanuit zorgaanbieders, branchepartijen en zorgverzekeraars heeft de NZa een «verboden-toegestaan»-lijst gepubliceerd. Deze lijst kunnen ziekenhuizen, medisch specialisten en verzekeraars gebruiken om correct te declareren.

In het kader van het traject «aankoop verantwoording en jaarrekeningen medische specialistische zorg» is onder voorzitterschap van de NZa het zogeheten oranje-loket-overleg opgericht. In dit overleg dragen veldpartijen onduidelijkheden aan in de interpretatie van registratie- en declaratieregels, waarna de NZa de correcte wijze van declareren in specifieke praktijksituaties verduidelijkt. Inmiddels is er door de NZa op deze manier meer helderheid verschaft over de wijze waarop geregistreerd en/of gedeclareerd moet worden in 60 praktijksituaties. Mede op basis van deze verduidelijkingen zijn ziekenhuizen de afgelopen periode binnen het jaarrekeningentraject actief geweest met het uitvoeren van een aanvullend omzetonderzoek. Binnen het traject wordt opnieuw naar de declaraties van 2012 en 2013 gekeken en worden onjuistheden in kaart gebracht. Over de verrekening van onjuiste declaraties worden afspraken gemaakt tussen zorgverzekeraars en aanbieders. In een brief aan uw Kamer van 22 mei 2014 is deze gezamenlijk aanpak beschreven.<sup>8</sup> De aanpak is er in belangrijke mate ook op gericht om verbeteringen voor de toekomst te realiseren. Verduidelijkingen van de regelgeving worden vastgelegd en vormen daarmee ook een basis voor de verbetering van de interne beheersing van instellingen de komende jaren. In dit kader vinden extra overleggen plaats tussen de NZa en veldpartijen over de regelgeving 2015. Hierbij is specifiek aandacht voor uitvoerbaarheid en controleerbaarheid van de regelgeving.

<sup>8</sup> Kamerstuk 36 620, nr. 117.

## 2.2 Fraudebestendige wet- en regelgeving

Naast het verduidelijken van wet- en regelgeving om fouten te voorkomen, werken we ook aan het zoveel mogelijk beperken van kansen om regels bewust te overtreden. Om de belangrijkste risico's op fraude te ondervangen, toetsen we sinds 2013 alle nieuwe wet- en regelgeving en substantiële wijzigingen in bekostigingssystemen op fraudebestendigheid. Met organisaties, zoals de NZa, de Inspectie Sociale Zaken en Werkgelegenheid (I-SZW), het Openbaar Ministerie (OM) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voeren we daarvoor gezamenlijk een fraudetoets uit, waarmee mogelijke risico's op overtreding van regels in kaart worden gebracht. Waar nodig passen we wet- en regelgeving aan om de risico's weg te nemen of te verkleinen. Het afgelopen jaar zijn verschillende wetsvoorstellen aan de fraudetoets onderworpen. Bij de beantwoording van uw vragen over de eerste voortgangsrapportage fraudebestrijding heb ik uw Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van de fraudetoets op de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo2015) en de Wet langdurige zorg (Wlz).<sup>9</sup> Gezien het grote aantal wijzigingen in het wetsvoorstel Wlz is dat wetsvoorstel dit jaar opnieuw getoetst. Op 28 augustus bent u bij brief geïnformeerd over de uitkomsten.<sup>10</sup> Er bleek geen aanleiding voor aanpassingen of aanvullingen in het wetsvoorstel. Wel is in de tweede nota van wijziging Wlz een bepaling opgenomen die het mogelijk maakt om eisen te stellen aan vertegenwoordigers van pgb-budgethouders. Daarnaast hebben de betrokken organisaties aandacht gevraagd voor een fraudetoets op de lagere regelgeving, zoals het Besluit langdurige zorg. Het Besluit langdurige zorg ligt momenteel bij de Raad van State en is daarvoor door betrokken partijen en partners op mogelijke fraudegevoeligheden getoetst.

## 2.3 Aanscherpen indicatiestelling

Bij de toegang tot zorg is een zorgvuldige indicatiestelling van belang. In de eerste plaats om te zorgen dat patiënten en cliënten de zorg krijgen die ze nodig hebben. Maar ook om oneigenlijke kosten als gevolg van een te hoge indicatiestelling te voorkomen. Uit onderzoek van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bleek vorig jaar dat bij gemandateerde indicatiestelling in meerdere gevallen sprake was van een te hoge indicatie.<sup>11</sup> Op ons verzoek heeft de NZa nader onderzoek gedaan naar de gevolgen hiervan voor de kosten van de AWBZ. In de bijlagen treft u de eindrapportage van de NZa. In totaal constateert de NZa een bedrag aan oneigenlijke declaraties van € 38.200,- in de eerste maand na mandatering. Gelet op de reikwijdte van het CIZ-onderzoek kan de NZa geen betrouwbare uitspraken doen over het landelijk totaal aan eventuele extra kosten. De berekeningen van de NZa laten echter wel zien dat een te hoge indicatiestelling in bepaalde gevallen tot behoorlijke extra kosten kan leiden. De NZa beveelt daarom aan om zowel aanvullende preventieve- als controlemaatregelen te nemen.

In lijn met deze aanbevelingen controleert het CIZ nu scherper op gemandateerde indicaties. Dit heeft de afgelopen maanden geleid tot een afname van het aantal in mandaat voorbereide indicatiebesluiten en een verbetering van de wel in mandaat voorbereide indicatiebesluiten. Daarnaast heeft het CIZ een dataminings-programma opgesteld, waarmee indicaties aan de hand van risicoprofielen proactief worden onderzocht. Op basis van de uitkomsten van deze onderzoeken, kan het CIZ het mandaat van een zorgaanbieder intrekken indien te hoge indicatiestelling

<sup>9</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 50.

<sup>10</sup> Kamerstuk 33 891, nr. 18.

<sup>11</sup> Kamerstuk 28 828, nr. 51.

wordt geconstateerd. Besluiten waarvan het ClZ vaststelt dat het aannemelijk is dat deze onjuist zijn, worden opnieuw in onderzoek genomen. We hebben het ClZ daarnaast verzocht om nauwer samen te werken met zorgkantoren en afspraken te maken over meldingen van vermoedens van te hoge indicatiestelling. Een eventuele te hoge indicatie kan dan zo snel mogelijk worden teruggedraaid en de ten onrechte gedeclareerde bedragen kunnen door de zorgkantoren worden teruggevorderd via nacalculatie.

Bij de inwerkingtreding van de Wlz zal geen gemandateerde indicatiestelling plaatsvinden. De mogelijkheid hiertoe is wel in het wetsvoorstel opgenomen, maar daar wordt mede met het oog op nieuwe indicatiecriteria geen gebruik van gemaakt. Gezien de korte duur tot de inwerkingtreding van de Wlz ligt het voorstel van de NZa, om voor de resterende tijd een wettelijke sanctiemogelijkheid voor het ClZ te creëren in de vorm van een bestuurlijke boete, volgens ons niet in de rede.

### **3. Controle: inzet zorgverzekeraars en zorgvragers**

Een goede controle van rekeningen en declaraties is van belang om onrechtmatigheden snel op te sporen en te corrigeren. Zorgverzekeraars hebben daarbij een centrale rol, maar ook patiënten en cliënten kunnen hier aan bijdragen door hun rekeningen te checken en vermoedens van fouten of fraude te melden.

#### *Controle door zorgverzekeraar*

Mede naar aanleiding van signalen van de NZa dat de controletechnieken en de controlecapaciteit bij verschillende zorgverzekeraars nog onvoldoende zijn, hebben veel zorgverzekeraars de afgelopen jaren veel geïnvesteerd in het verbeteren van hun materiële en formele controles en hun aanpak van fraudebeheersing. In het kader van het programma «Zinnige zorg, Zuivere rekening» werken zorgverzekeraars, in samenwerking met ZN, daarbij steeds nauwer samen. Het programma, dat najaar 2013 is gestart, bevat verschillende branchebrede initiatieven om er voor te zorgen dat elke euro in de zorg goed wordt besteed. Zo worden signalen en resultaten ten aanzien van controles en fraudeonderzoeken met elkaar gedeeld, zodat onrechtmatigheden sneller naar boven komen en zorgaanbieders niet opnieuw dezelfde fouten maken of overtredingen kunnen plegen. Zorgverzekeraars monitoren hun werkwijze op het gebied van fraudebeheersing met behulp van een self-assessment en ze leiden gezamenlijk coördinatoren fraudebeheersing en fraudeonderzoekers op met een specifiek voor de sector ontwikkelde opleiding. Kennis op het gebied van materiële controle en fraudebeheersing wordt uitgewisseld via werkgroepen bij ZN.

Zorgverzekeraars willen hun samenwerking de komende tijd verder intensiveren en werken hiervoor samen aan een plan van aanpak. Naar verwachting is dit plan begin 2015 gereed. Een belangrijk onderdeel hiervan is het gezamenlijk en themagericht uitvoeren van materiële controles en fraudeonderzoeken, zodat expertise daarbij optimaal en efficiënt kan worden ingezet. Daarbij bekijken de zorgverzekeraars ook de mogelijkheden voor een gezamenlijke onderzoekseenheid die kan worden ingezet voor landelijke onderzoeken. De zorgverzekeraars verkennen daarnaast samen met zorgaanbieders de mogelijkheden om door middel van certificering een hogere declaratiekwaliteit te borgen. Zorgaanbieders laten daarbij aan de hand van een gezamenlijk met zorgverzekeraars opgesteld normenkader of controledoelstellingen-set hun declaratieproces certificeren. De zorgverzekeraars kunnen hun controlemiddelen hierdoor doelmatiger inzetten. Voor zorgaanbieders geeft de certificering meer zekerheid over de correctheid van declaraties, zodat ze minder vaak

worden geconfronteerd met correcties achteraf. Bovenop een goed werkende certificering, die branchebreed met een uniform normenkader werkt, is horizontaal toezicht mogelijk: maatwerk tussen een individuele zorgverzekeraar en individuele zorgaanbieder. In ons programmaplan zullen we u nader informeren over het plan van aanpak van de zorgverzekeraars en de maatregelen gericht op gezamenlijke controles, certificering en horizontaal toezicht.

#### *Controle door zorgvragers*

Zoals ook aangegeven in hoofdstuk 1 hebben we het afgelopen jaar samen met brancheorganisaties verschillende stappen gezet om de zorgnota inzichtelijker te maken. Patiënten en cliënten kunnen hierdoor eenvoudiger controleren of de rekening voor de geleverde zorg correct is. In de brief van 2 juli 2014 is de laatste stand van zaken weergegeven rond deze ontwikkelingen, in het kader van het project kostenbewustzijn.<sup>12</sup>

#### **4. Handhaving: versterken toezicht en opsporingsfunctie in de zorg**

Het voorkomen van fouten en fraude staat voorop, maar wanneer regels toch worden overtreden moet hard en doeltreffend worden opgetreden. Dat vraagt om een daadkrachtige en integrale handhavingsaanpak, waarin toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM nauw samenwerken om onrechtmatigheden snel op te sporen en passend te bestraffen.

##### *4.1 Investerings in toezicht en opsporing op korte termijn*

In de eerdere voortgangsrapportages hebben we aangekondigd dat het toezicht en de opsporing binnen de keten wordt versterkt. Daartoe zijn er met ingang van 2014 extra middelen beschikbaar gesteld: in 2014 gaat het om € 5 miljoen extra, vanaf 2015 structureel € 10 miljoen. Zoals we eerder hebben aangegeven zet de NZa de aan haar toegekende middelen in 2014 in om de toezichtcapaciteit uit te breiden en daarmee het toezicht op correct declareren in drie sectoren te intensiveren. In 2015 komen daar nog eens twee nieuwe sectoren bij.<sup>13</sup> Voor het versterken van de opsporingscapaciteit op korte termijn zijn daarnaast extra middelen belegd bij de I-SZW. De I-SZW was al verantwoordelijk voor de strafrechtelijke opsporingsonderzoeken op het terrein van het pgb in de AWBZ en breidt haar werkterrein met ingang van dit jaar uit naar (declaratie)fraude in de sectoren waar de NZa extra toezicht op houdt.

##### *4.2 Inrichting en positionering van de opsporingsfunctie*

Voor een goede inrichting en positionering van de opsporingsfunctie op de lange termijn hebben we onderzoeksbureau AEF de opdracht gegeven te verkennen hoe de opsporing in de zorg het beste structureel kan worden vormgegeven. Op 22 juli 2014 is het rapport van AEF aan uw Kamer aangeboden.<sup>14</sup> In deze paragraaf reageren wij op de analyse en adviezen van AEF en lichten we onze plannen toe ten aanzien van de inrichting van de opsporingsfunctie.

<sup>12</sup> Kamerstukken II, 2013–2014, 29 689, nr. 534.

<sup>13</sup> Kamerstukken II, 2013–2014, 28 828, nr. 57.

<sup>14</sup> Kamerstukken II, 2013–2014, 33 750 XVI, nr. 111.

### *Analyse: scenario's voor inrichting van de opsporingsfunctie*

In het rapport schetst AEF op welke onderdelen de opsporing een bijdrage kan leveren aan de bestrijding van fraude in de zorg. In de eerste plaats gaat het om het analyseren van frauderisico's in het stelsel en het uitvoeren van onderzoeken om fraudemethodieken aan het licht te brengen. Daarnaast ziet AEF het als een belangrijke taak voor de opsporingsfunctie om de controle en het toezicht in de keten te helpen versterken, door terugkoppeling te geven van opgedane kennis en inzichten over fraudefenomenen en -methodieken. Tot slot kan de functie een bijdrage leveren aan de ontwikkelopgave in de aanpak van zorgfraude, door de toezichthouder en het Ministerie van VWS te ondersteunen in het ontwikkelen van een handhavingstrategie voor de zorg. AEF heeft getoetst in hoeverre deze bijdragen tot hun recht zouden komen in drie scenario's. Het eerste scenario gaat uit van een netwerkmodel, waarbij de opsporingsfunctie primair is ondergebracht bij ofwel de Fiscale Inlichtingen- en Opsporingsdienst (FIOD) of de I-SZW. Het Ministerie van VWS maakt daarbij met de betreffende dienst afspraken over de beschikbare capaciteit, het aantal uit te voeren onderzoeken en analyse van rapporten en de strategische focus van de dienst. Het tweede scenario is het Zorg Inlichtingen-en Opsporingsdienst-model (ZIOD), dat uitgaat van het oprichten van een zelfstandige bijzondere opsporingsfunctie voor de zorg, die wordt gepositioneerd als dienst van VWS. Alle taken die nu zijn belegd bij verschillende opsporingsdiensten worden daarbij gebundeld bij één nieuwe organisatie. In eerdere voortgangsrapportages hebben wij al aangegeven niet te streven naar oprichting van een dergelijke nieuwe bijzondere opsporingsdienst voor de zorg. Het scenario diende in het onderzoek als vergelijkingsbasis, om de analyse van de verschillende scenario's scherp neer te kunnen zetten. Het derde scenario gaat uit van een model van integrale handhaving waarbij de opsporingsfunctie wordt gecombineerd met het toezicht en ondergebracht bij de toezichthouder, in dit geval de NZa.

### *Advies AEF: van netwerkmodel naar integrale handhaving*

In het rapport geeft AEF aan dat onder regie van VWS een ontwikkeling is ingezet in de fraudeaanpak in de zorg, waarbij betrokken organisaties in toenemende mate inzetten op het voorkomen, signaleren en aanpakken van zorgfraude. Tegelijkertijd constateert AEF dat er nog veel onduidelijk is over de aard en omvang van zorgfraude en de optimale inzet van handhavingsinstrumenten om de problematiek het hoofd te kunnen bieden. AEF spreekt van een ontwikkelfase waarin de fraudeaanpak op basis van nieuwe kennis en inzichten doorlopend moet worden bijgesteld en verfijnd. In deze fase vindt AEF het niet verstandig om al een definitieve keuze te maken voor een structurele inrichting van de opsporingsfunctie in de zorg. Het advies heeft daarom betrekking op de periode van de komende (circa) drie jaren, waarin de aanpak verder vorm kan krijgen. Ten aanzien van de positionering van de opsporingsfunctie geeft AEF aan dat een model van integrale handhaving (scenario 3) in beginsel het beste uitgangspunt is om een goede afweging te maken over de inzet van verschillende instrumenten. De afweging hierover kan dan samen met het OM vanuit één organisatie worden gemaakt. De kwaliteit van de opsporing wordt bovendien versterkt door de kennisuitwisseling tussen de verschillende functies binnen de toezichthouder. In de huidige inrichting van het zorgstelsel ziet AEF echter een aantal zwaarwegende argumenten om af te zien van het onderbrengen van opsporing bij de NZa.

Het belangrijkste argument is daarbij de combinatie van drie taken in één organisatie: marktregulering, toezicht en opsporing. AEF acht het bijbrengen van een dergelijke combinatie van functies onwenselijk. De

NZa zou dan zowel de regels vaststellen in haar rol als regulator, als het toezicht en de strafrechtelijke opsporing doen naar overtredingen op haar eigen regels. De NZa zou hiermee een zeer breed takenpakket krijgen, waarbinnen spanningen kunnen optreden. AEF is binnen de huidige inrichting van het zorgstelsel dan ook geen voorstander van dit scenario. Daarnaast is de ZBO-status van de NZa voor AEF een belangrijk argument om vooralsnog niet voor dit model te kiezen, omdat de strafrechtelijke opsporing hiermee op afstand van de rijksoverheid wordt geplaatst.

AEF adviseert om in ieder geval voor de komende drie jaar te kiezen voor een netwerkmodel, waarbij de opsporingsfunctie wordt belegd bij een bestaande opsporingsdienst. Daarbij spreekt AEF een voorkeur uit voor de I-SZW, gezien de ervaring en kennis bij het reeds bestaande zorgteam en de investeringen die VWS recentelijk heeft gedaan met de uitbreiding van het takenpakket van de I-SZW. Betrokkenheid van de FIOD blijft daarbij essentieel, mede vanuit het oogpunt van mogelijke samenhang tussen verschillende vormen van fraude, waaronder uitkeringsfraude, faillissementsfraude, fiscale fraude en vastgoedfraude. Ook samenwerking met de overige opsporingsdiensten is volgens AEF denkbaar op grond van hun expertise of competenties. Nadere afspraken over de rollen van de verschillende opsporingsdiensten zijn nodig om dit scenario goed in te vullen.

#### *Kabinetsreactie: van onderzoek naar praktijk*

Wij onderschrijven de bevinding van AEF dat de aanpak van onrechtmatig declareren en fraude in de zorg de afgelopen periode een grote ontwikkeling heeft doorgemaakt. Met onder meer de invoering van de fraude-toets en initiatieven vanuit verbanden als de Taskforce Integriteit Zorg, de projectgroep IKCD en het Expertisecentrum Zorgfraudebestrijding zijn belangrijke stappen genomen om onrechtmatigheden in de zorg gezamenlijk terug te dringen. In een fase waarin de fraudeaanpak nog in ontwikkeling is, zijn wij met AEF van mening dat het te vroeg is om definitieve keuzes te maken over de inrichting van de opsporingsfunctie. Tegelijkertijd is het van belang dat er op korte termijn een nog stevigere opsporingsfunctie operationeel is die vanuit haar informatiepositie kan bijdragen aan de invulling van het beleid. Conform het advies van AEF kiezen wij ervoor om de opsporingsfunctie voor de korte termijn onder te brengen bij de I-SZW. De I-SZW heeft de afgelopen jaren al veel ervaring opgedaan op het gebied van de opsporing van fraude met het persoonsgebonden budget in de AWBZ. Daarnaast is de capaciteit en het takenpakket van de I-SZW recent uitgebreid (naast pgb-fraude ook declaratiefraude). We kiezen ervoor om deze lijn door te trekken. In het licht van de aankomende decentralisatie van zorgtaken naar gemeenten zien wij de kennis die de I-SZW heeft met het opsporen van fraude in het gemeentelijk domein bovendien als een duidelijke meerwaarde. In een model dat uitgaat van netwerksturing geldt dat de andere partijen in de keten een belangrijke rol blijven vervullen in de aanpak. Fraude is een complex maatschappelijk vraagstuk, dat alleen effectief kan worden aangepakt als de inzet van alle partijen in de keten nauw op elkaar is afgestemd. Fraude kan nooit door het strafrecht alleen worden opgelost en vraagt om een brede benadering. Om alle schakels in de keten goed op elkaar af te stemmen is daarbij een (sectorale) integrale aanpak, waar ook de zorgverzekeraars vanuit hun controlerende rol in het stelsel in betrokken zijn, van essentieel belang. Dit begint bij de zorgaanbieders, die verantwoordelijk zijn voor het bieden van goede en doelmatige zorg, het correct declareren van zorg, en voor het uitvoeren van interne controles. Vervolgens is het aan de zorgverzekeraars om te controleren of de gedeclareerde zorg ook daadwerkelijk is geleverd en of de declaraties rechtmatig zijn. Als er onrechtmatigheden worden geconstateerd kunnen

zorgverzekeraars maatregelen nemen, zoals het stopzetten van betalingen of het terugvorderen van middelen. Bij vermoedens van fraude wordt er ook melding gemaakt bij de NZa. De partijen in de handhavingsketen – toezichthouders, opsporingsdiensten en het OM – bepalen vervolgens gezamenlijk welke maatregelen moeten worden genomen om overtreders passend te bestraffen en de normnaleving in de zorgsector te bevorderen. Het strafrecht geldt hierin als optimum remedium: het wordt ingezet daar waar het effect het grootst is. De inzet van opsporing en vervolging moet dan ook in verbinding staan met controle en toezicht en met andere vormen van handhaving en nalevingsbevordering. Op die manier ondersteunt het strafrecht de andere schakels in de keten en vice versa, waardoor de handhaving als geheel effectiever wordt.

Ten aanzien van de opsporingsfunctie geldt, zo stelt ook AEF, dat het niet mogelijk is om alle activiteiten rondom fraude in de zorg in één opsporingsfunctie bijeen te brengen. Verschillende bijzondere opsporingsdiensten hebben ieder hun eigen rol, expertise en competenties. Samenwerking is dus van belang. Met name de FIOD zal vanuit haar kennis en expertise, informatiepositie en de mogelijke samenhang tussen fraude in de zorg en andere vormen van fraude (bijvoorbeeld faillissementsfraude of fiscale fraude) een belangrijke rol blijven vervullen. De intensieve samenwerking tussen de I-SZW en de FIOD zal op het terrein van de zorg op dezelfde wijze plaatsvinden als dat ook in andere domeinen plaatsvindt. Daarnaast zal er op het operationele vlak intensieve samenwerking plaatsvinden tussen de I-SZW en de NZa, met inachtneming van de respectievelijke bevoegdheden van toezicht en opsporing. Tenslotte is ook de samenloop van (financiële) fraude en falende kwaliteit van zorg een aandachtspunt. Dit vereist een goede afstemming en informatie-uitwisseling tussen de I-SZW en de IGZ.

Ten aanzien van de samenwerking tussen de partijen in de keten zijn tussen de toezichthouders, de opsporingsdiensten en het OM al afspraken gemaakt over de te volgen werkwijze bij de behandeling van signalen. Deze zijn vastgelegd in het samenwerkingsprotocol voor het Centraal Selectie Overleg Zorg (CSO Zorg). Het geactualiseerde protocol heeft u ontvangen.<sup>15</sup> Daarnaast maken wij met genoemde partijen heldere afspraken over de uitwisseling van informatie, de prioriteiten en te leveren prestaties, de rolverdeling tussen partijen en de inzet van specifieke expertises die binnen de verschillende organisaties beschikbaar zijn.

In de ontwikkelfase waarin we ons momenteel bevinden krijgt de I-SZW, in samenwerking met andere partijen, een belangrijke rol in de ontwikkelopgave voor de komende jaren. In deze periode moet gezamenlijk verdere invulling worden gegeven aan de handhavingsagenda. Daarna zal opnieuw worden bezien hoe de aanpak van onrechtmatigheden zich heeft ontwikkeld en of er aanleiding is om de ingezette lijn bij te stellen. De besluitvorming over de structurele inrichting van de opsporingsfunctie zal daarbij worden bezien in relatie tot de gedachtevorming over het rapport van de commissie Borstlap en de afweging over een mogelijke structuurwijziging in de regulering en het toezicht bij de NZa.

### **Tot slot**

De afgelopen jaren hebben we grote vorderingen gemaakt in het werken aan rechtmatigheid in de zorg. Zo werken veldpartijen hard aan de kwaliteit van declaraties en versterking van de interne controle hierop. In overleg met de diverse partijen heeft VWS en de NZa wet- en regelgeving verder aangescherpt en verduidelijkt om de kans op fouten te minimali-

<sup>15</sup> Kamerstukken II, 2014–2015, 28 828 nr. 73 (bijlage).

seren en gelegenheden tot frauderen weg te nemen. De capaciteit voor toezicht en opsporing is geïntensiveerd en samen met de I-SZW en FIOD, ieder vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid en taakgebieden, werken we aan het verstevigen van de inrichting en positie van opsporing in de zorg, zodat doeltreffend kan worden getreden als normen doelbewust worden overschreden. Ook bij het persoonsgebonden budget in de AWBZ wordt de uitvoeringspraktijk flink aangescherpt, onder andere met de invoering van trekkingsrechten. U ontvangt op korte termijn een aparte brief hierover.

Er zijn dus veel ontwikkelingen, maar zoals we bij de introductie van deze brief aangaven zijn we er nog niet. Verdere versterking en meer samenhang is gewenst. Met de ervaringen van alle betrokken partijen en de onderzoeken van de NZa en AEF krijgen we steeds meer zicht op de kwetsbare plekken in ons zorgstelsel, de aard en oorzaken van onrechtmatigheden en de kansen en knelpunten in de aanpak ervan. Op basis van deze inzichten werken we de komende periode samen met zorgaanbieders, zorgverzekeraars en handhavingspartners verder aan een integrale aanpak gericht op rechtmatigheid in de zorgsector. Naar verwachting ontvangt u hiervoor begin 2015 een uitgewerkt programmaplan, waarin de inzet op correcte declaraties en het aanpakken van fraude nader is uitgewerkt.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
E.I. Schippers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
M.J. van Rijn